

بسمه تعالی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین  
معاونت پژوهشی  
کمیته تحقیقات دانشجویی



پرسشنامه طرح تحقیقاتی دانشجویی

نام و نام خانوادگی مجری/مجریان : مجتبی سنمار

استاد راهنما: آقای حسین رفیعی

دانشکده : پرستاری

عنوان طرح (فارسی):

ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۴

عنوان طرح (انگلیسی):

**Relationship between spiritual well-being and attitudes toward euthanasia among nurses in educational hospitals in medical science university of Qazvin; 2015**

## مقدمه و معرفی طرح:

بیماری از جمله چالش‌هایی است که امروزه بر سر راه افراد قرار می‌گیرد (۱). به طوری که طیف وسیعی از مردم قربانی بیماری‌های نوظهوری همچون ناراحتی قلبی، سرطان، ایدز، دیابت و ... می‌شوند (۲). این در حالی است که رشد و پیشرفت تکنولوژی در سیستم بهداشت و درمان سبب طولانی‌تر شدن حیات شده (۳) و با افزایش کیفیت مراقبت‌های درمانی و ارتقا سطح رفاه اجتماعی روزبه‌روز بر تعداد بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن قرار دارند، افزوده می‌شود (۴). در این میان یکی از بزرگترین گروه‌های حرفه بهداشت و درمان که نقش مهمی در مراقبت از بیماران پایان عمر ایفا می‌کنند، پرستاران می‌باشند (۳).

پرستاران با هدف فراهم کردن بهترین مراقبت برای بیماران (۵)، به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در کشورها (۶)، از طریق داشتن مسئولیت مراقبت کل‌نگر از بیماران، می‌توانند به حفظ سلامت بیماران کمک کنند (۷)، چراکه هدف پرستاری پیشگیری از بیماری، ارتقاء و حفظ سلامتی است (۸). از سوی دیگر پرستاران به دلیل دیدگاه بیمار محور، تجربیات و مهارت‌هایشان در مراقبت از بیماران در حال مرگ، نقش مهمی در ارائه مراقبت انتهایی بیماران (۹) و همچنین نقش محوری در مراقبت افراد در پایان زندگی دارند (۱۰). آنها علاوه بر چالش‌های اخلاقی مکرر در کار (۱۰)، با عوامل استرس‌زای حرفه‌ای متعدد که می‌تواند سلامت روانی و جسمانی آنها را به خطر بیندازد، روبرو هستند (۱۱)، چراکه علاوه بر چالش‌های زیاد بدنبال مراقبت از بیماران در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن (۴)، به طور عمده با مسائل انتهایی زندگی به عنوان حامی عاطفی و تسلی دهنده سر و کار دارند (۱۲). در این میان یکی از پدیده‌هایی که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه‌های حرفه‌ای مراقبت سلامتی (۱۳) به طور مکرر با آن روبرو هستند، پدیده مرگ می‌باشد (۳).

مطابق با آیات قرآن مجید؛ انسان به گونه‌ای در کمال خلق شده است که خالق یکتا پس از خلقت وی بر خود آفرین گفته است: «ثم انشأنا خلقا آخر، فتبارک الله احسن الخالقین»؛ «پس از آن خلقی دیگر انشاء نمودیم، آفرین بر قدرت کامل بهترین آفریدگان». اما همین انسان که خداوند متعال به او مقامی ممتاز عطا نموده و بر خلقت وی آفرین گفته است؛ در نهایت فانی بوده و سرنوشتی به جز مرگ در انتظار او نیست؛ «کل نفس ذائقة الموت»؛ «هر نفسی طعم مرگ را خواهد چشید» (۱۴). مرگ یکی از پیچیده‌ترین موضوعاتی است که بشر از ابتدای خلقت با آن مواجه بوده و هست و همواره در مقابل آن اظهار عجز و ناتوانی می‌کند (۱۵). در حال حاضر بواسطه پیشرفت‌های اخیر در پزشکی و تکنولوژی وابسته به آن مفهوم مرگ نه تنها در فرهنگ غرب بلکه در فرهنگ شرق نیز تغییر کرده است (۲)، چراکه با استفاده از تکنولوژی در مسائل پزشکی کجا مردن و بخصوص چگونه مردن در سال‌های اخیر اهمیت فوق العاده‌ای پیدا کرده است (۲). از این‌رو امروزه بحث خاتمه حیات یکی از ده چالش عمده اخلاقی در حیطه طب و علوم بهداشتی محسوب می‌شود (۱۶). در این میان اتانازی یا پایان دادن آسان به زندگی یک بیمار پایانی، از بحث انگیزترین موضوع‌های اخلاقی پزشکی (۱۷) و مهمترین اصطلاحی است که در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است (۱۸).

اتانازی یا همان مرگ از روی ترحم از ریشه واژه یونانی «eu» به معنای خوب یا آرام و «thanatos» به معنای مرگ گرفته شده است (۱۹). اتانازی یا مرگ خوب (۲۰)، قطع بی درد و رنج زندگی (۱۶)، مرگ آسان (۲۱)، خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد و بدون امید به بهبودی است (۱۹). به بیانی دیگر عملی است که به فرد کمک می‌کند تا مرگی آرام و فاقد رنج را تجربه کند (۲۰). از این‌رو فرضیه اتانازی در رابطه با بیماران لاعلاج، صعب‌العلاج و بیمارانی که دارای زندگی نباتی و کیفیت پایینی از زندگی هستند، مطرح می‌باشد (۲۲). که مرگ و میر ناشی از آن ۰/۰۴ درصد در ایتالیا، ۰/۰۶ درصد در دانمارک، ۰/۲۷ درصد سوئیس، ۱/۷ درصد در هلند گزارش شده است (۲۳). تعاریف و دسته‌بندی‌های مختلفی برای اتانازی در منابع متعدد ذکر شده است (۲۰). اما اتانازی عموماً به دو صورت فعال «با مفهوم زیربنایی کشتن» و غیرفعال «با مفهوم زیربنایی اجازه مردن دادن» صورت می‌گیرد (۱۹). در اتانازی فعال؛ بیمار از پزشک می‌خواهد که به زندگی وی خاتمه دهد و این کار با انجام یک «فعل» مثل تزریق داروی کشنده انجام می‌شود (۱۹). حال آنکه در اتانازی غیر فعال بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود، بدون آنکه فعالیت خاصی انجام شود (۱۹).

اتانازی فعال به سه صورت داوطلبانه، غیر داوطلبانه و اجباری می باشد (۲۰). اتانازی فعال داوطلبانه تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر است که منجر به مرگ بیمار می شود. که براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می شود (۲۰). در صورتی که در اتانازی فعال غیرداوطلبانه، بیمار یا صلاحیت قانونی تصمیم گیری را ندارد یا از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح این عمل نیست. در کشورهای دارای قوانین انجام این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته ی اخلاق پزشکی و خانواده بیمار یا قاضی تصمیم گیری می نمایند (۲). سرانجام در اتانازی فعال اجباری بیمار دارای صلاحیت تصمیم گیری است ولی هیچ گونه درخواست صریحی برای انجام این عمل ندارد. این نوع اتانازی را تمام اخلاقیون مجاز نمی دانند و قتل محسوب می شود (۲). اتانازی غیر فعال نیز ممکن است بصورت داوطلبانه یا غیرداوطلبانه باشد (۲۴). منظور از اتانازی غیر فعال داوطلبانه این است که، فرد دارای ظرفیت تصمیم گیری درخواست پایان دادن به زندگی خود را با قطع درمان های حیاتی نگه دارنده داشته باشد، به عبارتی این نوع اتانازی عدم پذیرش درمان از سوی بیماران برای تسریع مرگ است (۲۴). اتانازی غیر فعال غیرداوطلبانه معمولاً در مورد بیماری بکار می رود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان با اطمینان به اینکه درمان امکان پذیر نیست، یا درمان را قطع می کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می کنند یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماریش دچار عفونتی شود درمانی برای عفونت او آغاز نمی شود (۲۰).

در این میان پرستاران اغلب به عنوان نخستین مراقبت کنندگان دریافت کننده درخواست اتانازی (۲۵)، به طور واضح درگیر پروسه اتانازی هستند (۱۳) و اعمالی چون اتانازی استرس های اخلاقی زیادی را به پرستاران وارد می کند (۳). از این رو نگرش پرستاران به اتانازی بدلیل تجربه درگیری نزدیک در مراقبت از بیماران در حال مرگ و نهایتاً بدلیل نفوذ بر عملکرد و سیاست بهداشت و درمان از اهمیت ویژه جداگانه ای برخوردار است (۱۰). چرا که برای انجام اتانازی به حضور پرستار نیاز است (۵) و نگرش و دیدگاه پرستاران در مورد اتانازی اهمیت فراوانی دارد (۲۳)، حال آنکه به ندرت عقاید و نگرش پرستاران در نظر گرفته می شود (۲۳). از سوی دیگر عوامل بسیاری مانند قضاوت مذهبی، فرهنگی، منطقه ای، قانونی، سنت، سطح تحصیلات بر ماهیت نگرش در خصوص مراقبت و تصمیم گیری های پایان عمر تاثیر گذار است (۳). در این میان رابطه دین با اتانازی مستقل تر و قوی تر از هر عامل شخصیتی می باشد (۱۸) و شواهد زیادی از ارتباط دینداری با سطح حمایت از اتانازی وجود دارد (۲۶)، چراکه اعتقادات مذهبی می تواند نگرش به اتانازی را تحت تاثیر قرار داده (۹) و تعصب مذهبی با نگرش به اتانازی مرتبط است (۲۶). از این رو می توان گفت از مهمترین عوامل فرهنگی که به ارزش های انسانی رفتارها تجربیات و ساختار معنا می دهد، مذهب و معنویت است (۲۷). معنویت بعدی از انسان است (۲۸) و توجه به بعد معنوی به عنوان بعدی در مرکز ابعاد انسان می تواند، تاثیر بسزایی در کسب سلامتی داشته باشد (۲۹). از این رو اغلب مدل های سلامتی شامل بعد معنویت نیز می باشد (۳۰). اهمیت معنویت و رشد معنوی در چند دهه گذشته به طور روز افزون توجه روانشناسان و متخصصین بهداشتی را به خود جلب کرده است (۳۱)، چراکه بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد اجتماعی، روانی و زیستی نمی توانند به درستی عمل کرده یا به حداکثر ظرفیت خود برسند (۳۲). حال با توجه به اینکه کارکردن با یک بیمار در حال مرگ باعث بروز احساس ناراحتی، ناامیدی، اضطراب، خستگی، خشم و گناه در پرستاران می گردد (۳) و با توجه به اینکه مراقبت کنندگان حرفه ای با مسائل اخلاقی متعدد از جمله اتانازی در کار روزانه روبرو می شوند (۳۳) و با در نظر گرفتن همبستگی مثبت بین سازگاری های روانشناختی، اجتماعی و انعطاف پذیری در زمان استرس و بحران های شخصی با سلامت معنوی (۳۴) از یک سو و ارتباط دینداری و تعصب مذهبی با نگرش به اتانازی (۲۶) از سوی دیگر، می توان گفت سلامت معنوی در برگرفته دو بعد وجودی و مذهبی (۳۵) یکی از جنبه هایی است که می بایست مورد ارزیابی قرار گیرد (۳۶)، چرا که سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می گردد (۳۵).

حال با توجه به اینکه در اسلام حیات تقدس ویژه ای دارد و یک فرصت ویژه برای ایجاد آینده ی بهتر در حیات اخروی محسوب می شود. (۱۶). به نظر می رسد حرمت حیات در فقه و حقوق اسلامی از جایگاه والایی برخوردار است و هیچ مصلحتی برای توجیح اقدام برای پایان دادن به حیات بیمار وجود ندارد (۱۹). از این رو پیرامون بحث اتانازی آنچه برای ما حائز اهمیت است، این است که هنگامی که جامعه ای بتواند پایان دادن به زندگی یک انسان را بپذیرد، دیگر هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و بازداشتن از سوء استفاده از آن نیست و طبعاً رواج یافتن این اقدام می تواند به قانونی شدن خودکشی، کشتن افراد مسن و ناتوان، فقرا و مبتلایان به بیماری هایی نظیر ایدز بیانجامد (۱۸). همچنین با قانونی شدن اتانازی در کشورهای اسلامی و غیراسلامی حرمت نفس انسان از بین می رود، پتانسیلی برای سوء استفاده به وجود می آید و زندگی و حیات ارزش خود را از دست داده و راه برای خودکشی و دگرکشی سفرشی هموار می شود؛ قبح قتل نفس از میان می رود و

دیگر هیچ بیمار و سالمندی احساس امنیت نمی کند (۲۲). از طرفی در زمینه اتانازی، نگرش به اتانازی و عوامل موثر بر این نگرش پژوهش های محدودی در ایران صورت گرفته است. این در حالی است که افراد مختلف در گروه درمانی ممکن است با این پدیده به طور مداوم روبرو شوند. از جمله اعضای گروه های درمانی پرستاران هستند که در تمام دوران کاری ممکن است با این چالش مهم برخورد کنند. از این رو آگاهی درباره نوع نگرش این گروه درمان نسبت به اتانازی و رابطه این نگرش با عوامل مهمی همچون سلامت معنوی به دلیل تاثیر مذهب و دینداری بر نوع نگرش به اتانازی حائز اهمیت می باشد. لذا مطالعه حاضر طراحی گردید تا رابطه میان سلامت معنوی و نگرش پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به اتانازی را مورد سنجش قرار دهد.